

De gevoeligheid van de General Health Questionnaire (GHQ) voor chronische klachten

door M.W.J. Koeter, W. van den Brink, J. Ormel en R. Giel

Samenvatting

In dit artikel wordt onderzocht in hoeverre de General Health Questionnaire (GHQ), gevoelig is voor chronische klachten en in welke mate de door Goodchild en Duncan-Jones voorgestelde alternatieve scoringsprocedure (CGHQ) in dit opzicht een verbetering betekend. Het onderzoek is uitgevoerd bij 175 nieuwe psychiatrische polikliniekpatiënten. Bij gelijke ernst van de klachten hadden patiënten met chronische klachten gemiddeld een lagere GHQ-totaalscore dan patiënten zonder chronische klachten, terwijl de alternatief gescoorde GHQ-totaalscore niet verschilde tussen beide groepen. Dit suggereert dat de CGHQ het toestandsbeeld beter weergeeft dan de traditionele gescoorde GHQ. Als screeningsinstrument lijkt de CGHQ nauwelijks voordelen te hebben ten opzichte van de GHQ. De alternatieve scoringsprocedure leidt niet tot een substantiële reductie van het aantal fout-negatieven. Een combinatie van beide scoringsprocedures laat daarentegen wel een sterke daling van het aantal fout-negatieven zien. De auteurs pleiten derhalve voor een gecombineerd geruik van de scoringsprocedures.

Inleiding

De General Health Questionnaire is een door Goldberg (1972, 1978) ontwikkelde, zelfbeoordelvingsvragenlijst gericht op de detectie van functionele psychische stoornissen in de huisartsenpraktijk en de bevolking. Als zodanig is het instrument uitvoerig getest in diverse culturen en taalgebieden (Harding 1976; Munoz e.a. 1978; Henderson e.a. 1981; Chan & Chan 1983; Hodiament 1986). Daarnaast zijn er sterke aanwijzingen dat de GHQ ook een goede toestandsmaat is, die veranderingen in de ernst van het toestandsbeeld vrij nauwkeurig weergeeft, als men daarbij rekening houdt met het feit dat de GHQ door haar opzet in principe psychosen, dementie en persoonlijkheidsstoornissen mist (Koeter e.a. 1986).

Een van de punten waarover nog onduidelijkheid bestaat is de mate waarin de GHQ chronische psychische stoornissen weet op te sporen. Diverse auteurs hebben bij voorbeeld gewezen op het relatief grote aandeel van respondenten met chronische klachten in de groep fout-

negatieven. Fout-negatieven zijn respondenten die in termen van een GHQ casus criterium geen, maar in termen van een algemeen geaccepteerd criterium, bij voorbeeld de Present State Examination (Wing e.a. 1974) of het Clinical Interview Schedule (Goldberg e.a. 1970), wel een psychiatrische casus vormen (Finlay-Jones & Murphy 1979; Benjamin e.a. 1982; Hobbs e.a. 1983; Goodchild & Duncan-Jones 1985). Gesuggereerd wordt dat deze tekortkoming in een verder uiterst waardevol gebleken instrument te maken heeft met de wijze waarop de GHQ-antwoorden zijn geformuleerd en de GHQ-totaalscore wordt geconstrueerd. Bij de beantwoording van de vragenlijst moet de respondent namelijk een keuze maken uit de volgende antwoordcategorieën: (a) geen of minder dan gewoonlijk (b) evenveel als anders (c) meer dan gewoonlijk (d) veel meer dan gewoonlijk. Kenmerkend voor de GHQ is dat voor de berekening van de GHQ-totaalscore een verschijnsel alleen als pathologisch wordt beschouwd als de respondent het ervaart als 'veel' meer dan gewoonlijk' (antwoorden c en d). Voor zover het item een symptoom of een pathologisch verschijnsel zoals rusteloosheid, slapeloosheid en depressiviteit betreft kan het antwoord 'niet meer dan anders' echter ook wijzen op het bestaan van chronische problematiek, terwijl dit antwoord in de conventionele scoringswijze als gezond wordt beschouwd, en niet in de GHQ-totaalscore wordt betrokken.

Recentelijk is door Goodchild & Duncan-Jones (1985) een alternatieve scoringswijze voorgesteld om de vermeende ongevoeligheid voor chronische klachten op te heffen (de CGHQ). Zij identificeerden een subset van items waarbij het 'niet meer dan gewoonlijk'-antwoord zou kunnen wijzen op chronische problematiek (verder negatieve items genoemd). Voor al deze items wordt de score 'niet meer dan gewoonlijk' in tegenstelling tot de oorspronkelijke scoringswijze wel in de totaalscore meegenomen.

In dit artikel wordt onderzocht in welke mate de GHQ (en wel de GHQ-28) chronische klachten oppikt in een psychiatrische polikliniekpopulatie, wat de kenmerken zijn van de fout-negatieven en in welke mate de alternatieve scoringswijze in deze situatie superieure resultaten oplevert. De gevoeligheid van de GHQ voor chronische klachten wordt op twee manieren onderzocht: (1) de invloed van chroniciteit op de GHQ als ernstmaat. Hiertoe wordt nagegaan in hoeverre de chroniciteit van de klachten van invloed is op de hoogte van de (C)GHQ-totaalscore. (2) De invloed van de chroniciteit op de GHQ als case-finding instrument. Hiertoe is het aandeel van de patiënten met chronische klachten in de groep fout-negatieven onderzocht.

Methode

Steekproef – Het onderzoek werd uitgevoerd bij een groep nieuwe psychiatrische polikliniekpatiënten die in leeftijd varieerden van 16 tot

60 jaar. Patiënten met een psychose, verslavingsproblemen, zwak-be-gaafd en/of organisch psychosyndroom werden uitgesloten omdat de-ze stoornissen een adequate invulling van de GHQ kunnen belemme-ren, en omdat de GHQ niet geacht wordt ze op te sporen. Van de 460 patiënten die gedurende een aaneengesloten periode van 6 maanden door de psychiatrische poliklinieken van het academisch ziekenhuis en de twee algemene ziekenhuizen van de stad Groningen via de nor-male intake-procedure (geen spoedopnames en keuringen) in behan-deling werden genomen, moesten er 121 worden uitgesloten op grond van hun pathologie en werden 46 anderen om organisatorische rede-nen niet benaderd. De resterende 293 patiënten werd gevraagd aan het onderzoek deel te nemen. Tweeënzeventig van hen weigerden en 23 vielen om diverse praktische redenen af (zouden gaan verhuizen, te lange reistijd etc.). Uiteindelijk zeiden 198 patiënten hun medewer-king aan het onderzoek toe. Tussen de verschillende metingen vielen 23 patiënten uit (12%). De analyses zijn gebaseerd op de resterende 175 patiënten. Deze groep bestaat voor 58% uit vrouwen en de gemid-delde leeftijd is 32 jaar (standaarddeviatie 10).

Instrumenten – Bij alle 175 patiënten werd binnen twee weken na de intake een semi-gestructureerd psychiatrisch interview afgenomen. Enkele dagen voor dit interview werd de GHQ-28 toegestuurd met het verzoek deze thuis in te vullen en mee te nemen naar de polikliniek.

De GHQ-28 – De GHQ-28 (Goldberg & Hillier 1979) is een door pa-tiënt zelf in te vullen schriftelijke vragenlijst. De vragen hebben be-trekking op het optreden van ongewone en onaangename psychische verschijnselen en op het onvermogen om normaal te blijven functio-neren, verschijnselen die men doorgaans aantreft bij mensen met psy-chiatrische aandoeningen. De GHQ-28 is een uit de originele GHQ-60 ontwikkelde geschaalde versie met de volgende vier schalen (a) soma-tische symptomen, (b) angst en slapeloosheid, (c) sociaal dysfunctio-neren en (d) (ernstige) depressie. De vragenlijst is speciaal bedoeld om gebruikt te worden in onderzoek waarin men meer informatie over het toestandbeeld nodig heeft dan alleen de algemene ernstscore (Gold-berg & Hillier 1979). De GHQ-28 werd door ons op twee manieren ge-scoord:

- volgens de originele scoringswijze (Goldberg): 0 0 1 1 voor alle 28 items, en GHQ-totaalscore '5' als drempelwaarde voor een psychiatri-sche casus;
- alternatieve scoringswijze (Goodchild & Duncan-Jones): 0 1 1 1 voor de 20 negatieve items en 0 0 1 1 voor de overige acht items. Deze alternatieve versie is verder aangegeven als de CGHQ. In navolging van Goodchild & Duncan-Jones is als drempelwaarde voor een psychi-atrische casus een CGHQ totaalscore van '13' genomen.

De Aangevulde Present State Examination en de DSM-III-diagnose – De aanwezigheid, aard en ernst van de psychiatrische problematiek werd bij alle patiënten vastgesteld met behulp van de Present State Examination (PSE; Wing, Cooper & Sartorius 1974) en het hiermee verbonden CATEGO computerprogramma. De door ons afgenomen aangevulde versie van de PSE omvatte de originele PSE en een aantal extra items die het mogelijk maakten voor iedere patiënt een DSM-III-diagnose te stellen.

De PSE is een semi-gestructureerd psychiatrisch interview waarin systematisch naar de aanwezigheid in de voorafgaande vier weken van 140 psychiatrische symptomen wordt gevraagd. Voor de ernst van de aanwezige pathologie werd gebruik gemaakt van de PSE-totaalscore en de Index of Definition (ID). De PSE-totaalscore is een ongewogen somscore die een indruk geeft van het totaal aantal en de ernst van de psychiatrische symptomen. De ID is een soort gewogen somscore die de waarschijnlijkheid aangeeft dat er sprake is van een specifieke psychiatrische stoornis. De PSE-ID loopt van 1 tot 8, waarbij de score '5' als grenswaarde voor de aanwezigheid van een specifieke psychiatrische stoornis wordt gebruikt. Gezien de wijze waarop de PSE-totaalscore en de ID tot stand komen, hun correlatie (.80), en de aard van de onderzochte populatie (geen psychosen) komen beide als ernstmaat in aanmerking. De PSE werd afgenomen door drie ervaren klinisch psychiaters, een psychiatrisch epidemioloog en een klinisch psycholoog die allen een grondige PSE-training hadden genoten.

Op basis van de aanvullende informatie is voor iedere patiënt in een forumdiscussie van twee psychiaters, een psychiatrisch epidemioloog, een klinisch psycholoog en een socioloog een DSM-III-diagnose (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders third edition APA 1980) gesteld. Bij 34% van de DSM-III-cases was er sprake van meer diagnoses op as I. Bij deze patiënten werd op basis van een expliciete maar arbitraire hiërarchie die echter in overeenstemming is met de hiërarchische regels en beslissingsstrategieën van DSM-III, ook een primaire diagnose gesteld. De volgende hiërarchie werd gebruikt: depressie in engere zin, somatisatiestoornis, dysthyme stoornis, atypische depressie, post-traumatische stress-stoornis, obsessief-compulsieve stoornis, agorafobie, paniekstoornis, eenvoudige fobie, sociale fobie, gegeneraliseerde angststoornis, atypische angststoornis, psychologische factoren die de lichamelijke toestand beïnvloeden, conversiestoornissen, eetstoornissen en aanpassingsstoornissen.

Chroniciteit en relatieve ernst van de klachten – Tijdens het PSE-interview werd ook geïnformeerd naar de duur en relatieve ernst van de klachten. Bij de duur van de klachten werd onderscheid gemaakt tussen 0-6 maanden, 6-12 maanden, 1 tot 2 jaar, 2 tot 5 jaar, 5 tot 10 jaar en meer dan 10 jaar. Vervolgens werd onderscheid gemaakt tussen chronische en niet-chronische klachten. Chronische klachten werden ge-

definieerd als klachten die ten tijde van het interview al meer dan 12 maanden bestonden. Met betrekking tot de relatieve ernst van de klachten werd de patiënten gevraagd in hoeverre de klachten in vergelijking met de meest ernstige fase in het voorafgaande 'ziekteproces' qua ernst waren verbeterd, verslechterd of gelijkgebleven.

Resultaten

Invloed van de duur en de relatieve ernst van de klachten op de (C)GHQ als ernstmaat – Uit tabel 1 blijkt dat het grootste deel van de patiënten in onze steekproef chronische klachten heeft. Vierenzestig procent van de patiënten heeft klachten die meer dan 12 maanden geleden zijn ontstaan en 27% van de klachten speelt zelfs meer dan 5 jaar.

Tabel 1: Duur en relatieve ernst van de klachten bij intake

Duur klachten	frequentie	cf ^{rel***}
0 - 6 maanden	35	.20
6 - 12 maanden	28	.36
1 - 2 jaar	31	.54
2 - 5 jaar	32	.72
5 - 10 jaar	26	.87
meer dan 10 jaar	21	.99
onbekend	2	1.00
totaal	175	

Relatieve ernst van de klachten*	frequentie	f ^{rel**}
was ernstiger	95	.54
was gelijk	4	.02
was minder ernstig	71	.41
onbekend	5	.03
totaal	175	1.00

* subjectief oordeel over de ernst van de klachten nu ten opzichte van vroeger

** relatieve cumulatieve frequentie

*** relatieve frequentie

Om een indruk te krijgen van de invloed van de duur van de klachten op de hoogte van de (C)GHQ-totaalscore werden patiënten met en zonder chronische klachten vergeleken. Hoewel er tussen beide groepen geen verschillen bestaan in de ernst van de aanwezige symptomatologie, (PSE-totaalscore en PSE-ID verschillen niet significant), is de gemiddelde GHQ-totaalscore voor de groep patiënten met chronische klachten statistisch significant lager dan in de groep patiënten zonder

Tabel 2: Gemiddelde GHQ, CGHQ, PSE-totaal en PSE-ID score voor mensen met chronische klachten en mensen zonder chronische klachten

Schaal	Duur klachten				p *
	minder dan 12 maanden (n=63)		meer dan 12 maanden (n=110)		
	X	SD	X	SD	
GHQ	17.27	7.26	14.54	7.94	.023
CGHQ	21.06	5.26	19.93	5.09	.168
PSE-totaalscore	16.21	9.59	15.26	8.19	.495
PSE-ID	4.96	1.46	4.88	1.27	.695

* significantie van het verschil (t-toets)

chronische klachten (tabel 2). Gemiddeld ligt deze score echter ook voor de patiënten met chronische klachten nog ruim boven het GHQ-casus-niveau. De hoogte van de gemiddelde CGHQ-totaalscore verschilt niet in beide groepen.

Naast de duur en ernst van de pathologie kan ook de relatieve ernst van de klachten van invloed zijn op de hoogte van de GHQ-scores. Bij 54% van de onderzochte patiënten worden de klachten tijdens de GHQ-afname als ernstiger beleefd dan in de voorafgaande 'ziekte-episode' bij 41% als minder ernstig en bij 2 procent als even erg (tabel 1). Om na te gaan in hoeverre de duur van de klachten naast de feitelijke ernst en de relatieve ernst van invloed is op de hoogte van de GHQ-score is een hiërarchisch ANCOVA-model getoetst, met de GHQ-totaalscore als afhankelijke variabele, de feitelijke ernst (PSE-ID) als covariant en de relatieve ernst en duur van de klachten als hoofdeffecten (zie appendix voor de ANCOVA-tabellen).

Op basis van de resultaten van de variantieanalyses zijn de volgende conclusies te trekken: 1) het grootste deel van de verklaarde variantie in de GHQ-totaalscore moet worden toegeschreven aan verschillen in de ernst van de klachten. 2) nadat voor deze verschillen in de ernst van de psychopathologie is gecorrigeerd, blijkt de relatieve ernst geen significante invloed op de hoogte van de GHQ-totaalscore meer uit te oefenen, terwijl de duur van de klachten wel een significant effect uitoefent.

Als in plaats van de GHQ de CGHQ-score als afhankelijke variabele wordt genomen blijkt, na controle voor verschillen in feitelijke ernst, noch de relatieve ernst, noch de chroniciteit een significant effect op de CGHQ-score uit te oefenen (zie appendix). Vergelijkbare resultaten worden overigens bereikt wanneer in plaats van de PSE-ID de PSE-totaalscore wordt gebruikt.

Invloed van de duur van de klachten op de GHQ als case-finding instrument - Fout-negatieven zijn zoals gezegd respondenten waarbij de GHQ-score onder het GHQ-casus-criterium blijft (score 4 of lager), terwijl ze in termen van een extern criterium als casus gediagnosticeerd worden. Er is nagegaan hoeveel fout-negatieven er zijn bij gebruik van respectievelijk PSE-ID ≥ 5 en DSM-III 'caseness' als extern case-criterium. Tabel 3 geeft van deze fout-negatieven de DSM-III hoofddiagnose, de duur van de pathologie bij de intake en de GHQ en CGHQ-totaalscore.

Tabel 3: Beschrijving van de fout-negatieven te opzichte van de GHQ

DSM-III diagnose	Duur klachten	Fout-negatieven ten opzichte van			
		PSE ID ≥ 5	DSM-III casus	GHQ totaal score	CGHQ totaal score
Obsessief compulsieve stoornis (300.30)	0- 6 mnd.	-	+	1	9
Agorafobie met paniek (300.21)	1- 2 jr.	-	+	4	16
Psychologische factoren die de lichamelijke toestand beïnvloeden (316.00)	2- 5 jr.	-	+	0	9
Dysthyme stoornis (300.40)	2- 5 jr.	+	+	2	20
Sociale fobie (300.23)	2- 5 jr.	+	+	0	17
Niet nader gespecificeerde psychiatrische stoornis (300.90)	2- 5 jr.	-	+	1	12
Psychologische factoren die de lichamelijke toestand beïnvloeden (316.00)	2- 5 jr.	-	+	0	12
Diagnose uitgesteld (799.90)	5-10 jr.	-	+	2	9
Atypische eetstoornis (307.50)	5-10 jr.	-	+	3	16
Agorafobie met paniek (300.21)	5-10 jr.	+	+	2	21
Paniekstoornis (300.01)	5-10 jr.	+	+	2	12
Algemene angststoornis (300.02)	10 jr.	-	+	0	16

Het aantal fout-negatieven bij gebruik van de traditionele scoringsprocedure voor de GHQ, uitgedrukt als percentage van het totaal aantal onderzochte patiënten valt zeker gezien de aard van de populatie mee (2% bij PSE-ID ≥ 5 en 7% bij een DSM-III-diagnose als criterium). Alle fout-negatieven ten opzichte van de PSE zijn patiënten met chronische klachten. Hetzelfde geldt, één uitzondering daargelaten, bij gebruik van de DSM-III-diagnose als extern criterium. Uitgedrukt als percentage van het totaal aantal chronici is de proportie fout-negatieven ten opzichte van de PSE acceptabel ($4/110 = 4\%$) maar bij gebruik van de DSM-III-diagnose als criterium blijkt ruim een tiende deel ($12/110$) van de patiënten met chronische klachten fout-negatief.

De GHQ lijkt minder gevoelig voor chronische angststoornissen, terwijl chronische depressies vrijwel allemaal herkend worden. Onder de 4 fout-negatieven ten opzichte van de PSE is er bij 3 sprake van een angststoornis als primaire diagnose en bij één van een depressie. Bij de 12 fout-negatieven ten opzichte van de DSM-III-diagnose zijn 6 angststoornissen en één depressie.

Tabel 4: Fout-positieven, fout-negatieven en totale misclassificatieratio bij de verschillende scoringsprocedures en voor verschillende externe criteria

	GHQ ¹		CGHQ ²		Combinatie ³	
	DSM-III	PSE	DSM-III	PSE	DSM-III	PSE
Aantal fout-positieven	16	39	17	40	18	44
Aantal fout-negatieven	12	4	10	2	6	1
Misclassificatieratio*	.16	.25	.15	.24	.14	.27

1: casus als GHQ-totaalscore ≥ 5

2: casus als CGHQ-totaalscore ≥ 13

3: casus volgens GHQ-totaalscore of geen casus volgens GHQ maar wel casus volgens CGHQ

* misclassificatieratio = aantal fout-negatieven + aantal fout-positieven gedeeld door totaal aantal patiënten

Gebruik van de CGHQ met drempelwaarde 12/13 leidt enerzijds tot een reductie van het aantal oorspronkelijke fout-negatieven, anderzijds komen er een aantal nieuwe fout-negatieven bij (respondenten met een GHQ-score groter of gelijk aan 5 maar een CGHQ-score kleiner dan 13), zodat het netto-effect beperkt blijft. Gebruik van de CGHQ leidt tot een netto reductie van het aantal fout-negatieven met 50% ten opzichte van PSE-ID ≥ 5 en 17% ten opzichte van de DSM-III-diagnose. Bij gebruik van de DSM-III-diagnose als extern criterium levert de CGHQ dus nauwelijks een verbetering van het aantal fout-ne-

gatieven op (tabel 4). Combinatie van beide scoringsprocedures leidt echter tot een halvering van het aantal fout-negatieven bij gebruik van de DSM-III-diagnose als extern criterium terwijl het aantal fout-positieven nauwelijks toeneemt.

Discussie

In de door ons onderzochte steekproef van 175 psychiatrische polikliniekpatiënten blijkt de duur van de klachten duidelijk van invloed op de hoogte van de GHQ-totaalscore. De gemiddelde GHQ-totaalscore is in de groep van patiënten met chronische klachten statistisch significant lager dan bij de overige patiënten, terwijl er geen verschillen zijn in de ernst van de actueel aanwezige klachten (althans niet volgens de PSE-ID en PSE-totaalscore). Ook covariantieanalyse laat, na statistische controle voor de feitelijke en relatieve ernst van de klachten, een significante samenhang zien tussen de duur van de klachten en GHQ-totaalscore. Gemiddeld ligt de GHQ-totaalscore bij de patiënten met chronische klachten echter nog ruim boven het GHQ-casus-niveau, zodat de grootte van de vertekening in de GHQ-totaalscore als gevolg van de ongevoeligheid voor chronische klachten beperkt lijkt. De CGHQ-totaalscore lijkt in tegenstelling tot de GHQ-totaalscore niet beïnvloed te worden door de duur van klachten. Noch de vergelijking van patiënten met en patiënten zonder chronische klachten, noch de covariantieanalyse laten een statistisch significante relatie zien tussen de duur van de klachten en de hoogte van de CGHQ-score.

Bij gebruik van de GHQ als screeningsinstrument is het van belang het aantal psychiatrische gevallen dat niet door de GHQ wordt opgespoord (fout-negatieven) zo laag mogelijk te houden zonder tegelijkertijd te veel fout-positieven te krijgen. Door verschillende auteurs (Finlay-Jones & Murphy 1979; Benjamin e.a. 1982; Goodchild & Duncan-Jones 1986) is reeds gesuggereerd dat de fout-negatieven voor een belangrijk deel het gevolg zijn van de ongevoeligheid van de GHQ voor chronische klachten. De resultaten van ons onderzoek ondersteunen deze veronderstelling. Op één patiënt na is er bij alle fout-negatieven sprake van chronische klachten. De uitzondering betreft een 19-jarige vrouw waarbij naast een obsessief-compulsieve stoornis tevens sprake was van een persoonlijkheidsstoornis (masochistische persoonlijkheid), wat inhoudt dat ook hier sprake is van chronische problematiek. Het aantal fout-negatieven uitgedrukt als proportie van het totaal aantal patiënten met chronische klachten is het grootst bij gebruik van DSM-III-diagnose als extern criterium. Ruim een tiende deel van de chronici is dan fout-negatief. Hoewel dit een ernstige beperking lijkt voor het gebruik van de GHQ als screeningsinstrument, wordt toch de meerderheid van de patiënten met chronische klachten wel door de GHQ opgespoord. Dit doet vermoeden dat ook andere factoren dan chroniciteit de sensitiviteit drukken. Een factor lijkt de aard van het

toestandsbeeld te zijn. Angststoornissen maken namelijk meer dan de helft van het aantal fout-negatieven uit, terwijl depressies er niet tot nauwelijks in voorkomen.

Gebruik van de CGHQ-totaalscore (drempelwaarde 12/13) leidt enerzijds tot eliminatie van een aantal fout-negatieven, anderzijds komen er een aantal nieuwe fout-negatieven bij. Netto resultaat is een halvering van het aantal fout-negatieven ten opzichte van de PSE, maar nauwelijks verbetering ten opzichte van de DSM-III-diagnose (een daling van 17%). In beide gevallen is er sprake van een marginale stijging van in aantal fout-positieven. De sterkste reductie van het aantal fout-negatieven wordt bereikt bij een combinatie van de GHQ en CGHQ-casuscriteria. Een respondent wordt daarbij beschouwd als casus indien er sprake is van a) een GHQ-totaalscore groter of gelijk aan 5 of b) een GHQ-totaalscore kleiner dan 5 maar een CGHQ-score groter of gelijk aan 13. Toepassing van dit criterium leidt tot een halvering van het aantal fout-negatieven ten opzichte van de DSM-III-diagnose en een daling van 75% ten opzichte van de PSE ($ID \geq 5$), terwijl het aantal fout-positieven nauwelijks toeneemt.

In hoeverre kunnen onze bevindingen worden gegeneraliseerd naar andere populaties en versies van de GHQ? Voor de onderzoeksvraag was het van belang een relatief groot aantal psychiatrische gevallen in onze steekproef te hebben. Om deze reden is gekozen voor een steekproef uit een psychiatrische polikliniekpopulatie, hoewel de GHQ eigenlijk is ontwikkeld voor gebruik in de bevolking en eerstelijnsgezondheidszorg. Een belangrijk verschil tussen polikliniekpatiënten en gevallen in de bevolking is dat de psychiatrische polikliniekpatiënten alle klachten hebben vertaald in een hulpvraag, terwijl in de bevolking een aantal personen met langdurige psychiatrische stoornissen voorkomen die hun klachten niet aan een hulpverlener hebben voorgelegd. Deze chronische gevallen lopen verhoudingsgewijs veel kans ook niet door de GHQ te worden opgespoord. Dit kan tot een wat hogere proportie fout-negatieven leiden in bevolkingsonderzoek vergeleken met onze bevindingen. Verder zijn er ons inziens geen redenen aanwezig om te veronderstellen dat de sensitiviteit van de GHQ voor chronische psychiatrische stoornissen, bij huisartspatiënten of in de bevolking afwijkt van die bij psychiatrische polikliniekpatiënten, zodat onze resultaten met betrekking tot het aantal oorspronkelijke fout-negatieven wellicht een te gunstig beeld laten zien.

Hoewel er verschillende versies van de GHQ in omloop zijn (GHQ-12, GHQ-20, GHQ-28, GHQ-30, GHQ-60) is de itemoverlap tussen de versies aanzienlijk. De GHQ-12 en GHQ-20 bestaan volledig uit GHQ-28 items, terwijl de GHQ-30 vijftien items van de GHQ-28 bevat. Dit maakt ons inziens generalisaties naar deze GHQ-versies mogelijk. Voor de complete GHQ, de 60 itemversies, ligt dit iets anders. Hoewel wij niet inzien waarom deze versie zich afwijkend zou gedragen van de overige versies is voor een definitief antwoord verder onderzoek nodig.

Samengevat lijkt de GHQ wat minder gevoelig voor chronische psychiatrische stoornissen. Deze ongevoeligheid manifesteert zich vooral bij angststoornissen en nauwelijks bij depressies. Hoewel de CGHQ-totaalscore veel minder gevoelig lijkt voor verschillen in chroniciteit levert gebruik van de CGHQ met name ten opzichte van de DSM-III-diagnose weinig verbetering op in het aantal fout-negatieven. In situaties waarin men het aantal fout-negatieven wil minimaliseren lijkt een combinatie van de GHQ- en CGGHQ- casuscriteria een aantrekkelijk alternatief.

Literatuur

- American Psychiatric Association (1980), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3e ed.
- Benjamin, S., P. Decalmer en D. Haran (1982), Community screening for mental illness: a validity study of the General Health Questionnaire. *British Journal of Psychiatry*, 140, 174-180.
- Chan, D.W., en T.S.C. Chan (1983), Reliability, validity and the structure of the General Health Questionnaire in a Chinese context. *Psychological Medicine*, 13, 363-371.
- Finlay-Jones, R.A., en E. Murphy (1979), Severity of psychiatric disorder and the 30-item GHQ. *British Journal of Psychiatry*, 134, 609-616.
- Goldberg, D., B. Cooper, M.R. Eastwood, H. Kedward en M. Heperd (1970), A standardized psychiatric interview suitable for use in community surveys. *British Journal of preventive and social medicine*.
- Goldberg, D. (1972), *The detection of general illness by questionnaire*. Maudsley monograph no 21, O.U.P.
- Goldberg, D. (1978), *Manual of the general health questionnaire*. NFER publishing company.
- Goldberg, D. en V.F. Hillier (1979), A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Goodchild, M.E. en P. Duncan-Jones (1985), Chronicity and the General Health Questionnaire. *British Journal of Psychiatry*, 146, 55-61.
- Harding, T.W. (1976), Validating a method of psychiatric case identification in Jamaica. *Bulletin of the World Health organisation*, 54, 225-231.
- Henderson, S., D.G. Byrne en P. Duncan-Jones (1981), *Neurosis and the social environment*. Academic Press, New York.
- Hobbs, P. C.B. Ballinger en A.H.W. Smith, (1983), Factor analysis and validation of the General Health Questionnaire in women. A general practice survey. *British Journal of Psychiatry*, 142, 257-264.
- Hodiamont, P.P.G. (1986), *Het zoeken van zieke zielen*. Academisch proefschrift. ISG publikatie nr. 16, Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Koeter, M.W.J., J. Ormel, W. Van den Brink, W. Dijkstra, J. Staal en J. Schoenmaker (1986), De waarde van de GHQ als toestandsmaat. Aangeboden aan het *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*.
- Munoz, P.E., J.L. Vasquez, E. Pastrana, F. Rodriguez en C. Oneca (1978), Study of the validity of Goldberg's 60 item GHQ in it's Spanish version. *Social Psychiatry*, 13, 99-104.
- Wing, J.K., J.E. Cooper en N. Sartorius (1974), *Measurement and classification of psychiatric symptoms: an instruction manual for the PSE and Catego program*. Cambridge University Press, Londen.

Appendix I: ANCOVA tabel met GHQ-28 als afhankelijke variabele

Onafhankelijke variabelen		: duur		= duur klachten	
		relernst		= relatieve ernst	
Covariant		: ID1		= PSE-index of definition	
Source of variation	SS	df	MS	F	p*
Covariates					
ID	2484.798	1	2484.798	55.137	.000
Main effects	721.688	7	103.098	2.360	.026
Relernst	13.891	2	6.946	.159	.853
Duur	707.797	5	141.559	3.241	.008
Chron by relernst	168.587	6	28.098	.643	.695
Explained	3375.074	14	241.077	5.519	.000
Residual	6726.637	154	43.679		
Total	10101.710	168	60.129		

* significantie F-ratio

Appendix II: ANCOVA tabel met CGHQ als afhankelijke variabele

Onafhankelijke variabelen	:duur	= duur klachten
	relernst	= relatieve ernst
Covariant	:ID1	= PSE-index of definition

Source of variation	SS	df	MS	F	p*
Covariates					
ID1	1124.267	1	1124.267	55.336	.000
Main effects	182.597	7	26.085	1.285	.261
Relernst	36.753	2	18.377	.905	.407
Duur	145.844	5	29.169	1.437	.214
Chron by relernst	89.644	6	14.941	.736	.621
Explained	1396.508	14	99.751	4.914	.000
Residual	3125.974	154	20.299		
Total	4522.482	168	26.920		

* significantie F-ratio

Schrijvers zijn respectievelijk: sociaal-wetenschappelijk onderzoeker, vakgroep Psychiatrie RUG, psychiatrisch epidemioloog, vakgroep Psychiatrie RUG, socioloog, vakgroepen Psychiatrie en Medische Sociologie RUG, en hoogleraar sociale psychiatrie, vakgroep Psychiatrie RUG. Correspondentie-adres: drs. M.W.J. Koeter, vakgroep Psychiatrie Rijksuniversiteit Groningen.

De gegevens voor dit artikel zijn verkregen in een door de Nederlandse Organisatie voor Zuiver Wetenschappelijk Onderzoek onder nummer 135703 gesubsidieerd onderzoek naar de validiteit van de GHQ.

Het artikel is geaccepteerd voor publikatie op 28-7-'87.